

# O ASSISTENTE SOCIAL E A ASSESSORIA TÉCNICA AOS CONSELHOS GESTORES DE SAÚDE DE MACEIÓ

## THE SOCIAL WORKER AND THE TECHNICAL ADVICE TO COUNCILS MANAGERS OF HEALTH IN MACEIO

Jinadiene da Silva Soares Moraes<sup>1</sup> | Walter Araújo de Albuquerque<sup>2</sup> | Keshiane Kelainy Ferreira dos Santos<sup>3</sup>



### RESUMO

O presente trabalho apresenta o resultado da pesquisa intitulada “O Perfil dos Assessores Técnicos dos Conselhos Gestores de Saúde de Maceió”, desenvolvida no período de novembro de 2009 a outubro de 2010, tendo sido revisada e atualizada no ano de 2011. Esta pesquisa foi realizada pelo Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PROBIC) da Faculdade Integrada Tiradentes (FITS), em Maceió, Alagoas. A mesma apresenta resultados inéditos e relevantes para a categoria profissional, particularmente, para o Município de Maceió, haja vista que é a primeira vez que se fez uma caracterização daqueles profissionais que desenvolvem o importante trabalho de assessoria técnica aos conselhos gestores de saúde, órgãos de caráter permanente e deliberativo, espaço crucial para a participação social que pode ser incentivada ou “podada” por esses assessores a depender da perspectiva teórica adotada pelos mesmos.

### PALAVRAS-CHAVE

Serviço Social. Espaço sócio-ocupacional. Participação social. Conselhos gestores de saúde.

### ABSTRACT

This paper presents the results of the research entitled “The profile of Technical advisers of the Councils managers of health in Maceio”, developed in the period November 2009 to October 2010, having been reviewed and updated in 2011. This research was performed by the Program of Scientific Initiation Grants (PROBIC) of the Faculdade Integrada Tiradentes (Fits), in Maceio, Alagoas. It presents results unpublished and relevant to the professional category, particularly, for the city of Maceio. Is the first time that we made up a characterization of the professionals who develop the important work of technical advisory to the councils

- 12 | managers of health, components of a permanent nature and deliberative, crucial area for the social participation that can be encouraged or “pruned” by these advisors to depend on the theoretical perspective adopted by them.

## KEYWORDS

Social Work. Socio-Occupational Space. Social Participation. Councils Managers of Health.

## 1 INTRODUÇÃO

O Projeto intitulado “Perfil dos Assessores Técnicos dos Conselhos Gestores de Saúde de Maceió” foi estruturado para ser desenvolvido no período de um ano. Por isso, para traçar esse perfil foi iniciada a identificação dos assessores através de um levantamento realizado na Coordenação de Controle Social, a partir do qual verificamos que 100% são mulheres, mais de 95% são assistentes sociais, dado bastante significativo para a categoria profissional e que determinou algumas alterações em relação ao nosso objeto de estudo como no que se refere às concepções que baseiam tal assessoria e também ao Projeto Ético-Político do Serviço Social.

O Projeto foi executado por meio de três tipos de coleta de informações: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e entrevistas.

Deve-se ressaltar que a pesquisa bibliográfica auxiliou, constantemente, toda a análise dos dados empíricos coletados e todas as nossas reflexões sobre o objeto deste Projeto, inclusive, porque esta pesquisa é “fundamental em qualquer área de estudo por que é ela que levanta os dados de uma questão e oferece fundamentação teórica para um problema” (HÜHNE, 1990).

A partir de documentos coletados na Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, realizamos a análise de documentos do período de criação dos Conselhos Gestores (1998 em diante), particularmente os oriundos da Coordenação de Controle Social, como relatórios sobre as capacitações para a formação dos Conselhos Gestores, regimento interno, lei de criação, de composição e outros. A partir dessa análise conseguimos conhecer o histórico de tais Conselhos, o que foi imprescindível para o trabalho.

No que concerne às entrevistas, enfrentou-se dificuldade já no pré-teste, devido às agendas das assessoras técnicas e durante as entrevistas continuou-se com essa dificuldade, por isso, e para a garantia de terminar o Projeto no prazo estabelecido, redimensionou-se a metodologia das entrevistas, recorrendo à amostragem probabilística aleatória simples, alcançando um percentual de 30% das assessoras técnicas dos Conselhos Gestores de Maceió.

Algumas adequações foram realizadas ao se verificar que mais de 95% das assessoras dos Conselhos Gestores de Saúde (CGS) são assistentes sociais. Isso para tratar de aspectos mais específicos da profissão, a fim de se ter questões mais próximas da realidade estudada e se oferecer uma contribuição maior à profissão.

## 2 RESULTADOS DA ANÁLISE REALIZADA

### 2.1 NO QUE SE REFERE À CRIAÇÃO DO CGS

Inicialmente verificou-se que os conselhos gestores de saúde de Maceió foram criados por meio de lei específica – lei municipal nº 5.338 de 2003 – e são definidos como órgãos de caráter permanente e deliberativo que atuam no âmbito das unidades locais de saúde.

Apesar dos Conselhos terem sido incluídos na agenda política do país em 1988 com a promulgação da Constituição Federal em vigor e, corroborando com Duriguetto (2004) que afirma que essa inclusão respondeu apenas formalmente “os anseios democráticos da sociedade, materializando a promessa de desenvolvimento e consolidação dos direitos sociais”, avalia-se que, no caso dos Conselhos Gestores de Saúde, essa realidade se apresenta um pouco diferente das demais, isto por que há a obrigatoriedade de criação dos Conselhos estaduais e municipais, por meio de lei federal e que devem ser regulamentados por lei específica (estadual ou municipal).

Entretanto, nesse caso, a criação dos Conselhos Gestores se deu pelo entendimento do governo municipal de democratizar, ainda mais, a política de saúde, como colocado na Lei Orgânica do Município de Maceió, aprovada em 1990:

Art.125 – O Município participa do Sistema Único de Saúde, hierarquizado e administrado na conformidade do que dispõe a Constituição da República, resguardados, ainda, os seguintes princípios:

I – participação de representantes dos usuários e profissionais de saúde no planejamento, na gestão, na supervisão e no controle de política municipal de saúde;

IX – criação de conselhos locais, distritais e municipais de saúde compostos de forma paritária por representantes dos usuários, dos trabalhadores na área da saúde e agentes do Poder Público.

Embora a lei de criação dos CGS seja de 1990, somente a partir de 1996, essa realidade começou a acontecer. Esse acontecimento é o inegável reconhecimento de que tais Conselhos se constituem em espaço importante da democracia representativa, no qual está garantida a participação da comunidade.

As bases que lhe dão materialidade legal encontram-se na Constituição Federal de 1988, lei orgânica da saúde nº 8080/90, lei complementar nº 8142/90, a lei orgânica de Maceió de 1990, cap. 2, secção I, art.125 e a lei nº 5.338 de 2003.

O Conselho Gestor de Saúde é uma forma de controle social, aberto à participação da população com a competência de:

I - definir as prioridades de saúde;

II – estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração do plano local de saúde;

III – atuar na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde;

IV – propor critérios para a programação e para a execução das metas físicas das ações de saúde;

V – acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pela unidade local;

VI – definir critérios de qualidade para o funcionamento da unidade local de saúde;

VII – estabelecer diretrizes quanto aos investimentos a serem realizados na unidade local;

VIII – elaborar seu Regimento Interno;

IX – outras atribuições estabelecidas em normas complementares.

O Conselho é formado paritariamente, sendo que 50% dos conselheiros são os usuários, 25% trabalhadores da unidade de saúde e 25% dos diretores da unidade, a esses cabem à fiscalização e o controle das ações do Estado.

A implantação dos Conselhos Gestores de Saúde de Maceió iniciou-se no ano de 1996, mas só no ano 2000 foram criados trinta e seis (36) Conselhos e até hoje continuam a serem criados, haja vista que existem em Maceió 67 (sessenta e sete) unidades e apenas 44 CGS. Os Conselhos criados em 2000 foram possíveis graças à iniciativa do governo, por meio da Coordenação de Educação em Saúde e da Coordenação dos Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde.

De acordo com Nascimento e outros (2003) durante o processo de implantação dos CGS foi possível notar duas falhas e/ou deficiências que prejudicaram o processo de representatividade dos conselheiros:

Primeira: o período de implantação destes ocorreu num momento muito próximo às eleições municipais. Isto provocou certo descrédito ao processo;

Segunda: por ser período de eleição, houve a necessidade de acelerar a conclusão da implantação dos Conselhos em tempo oportuno para que a gestora municipal, Kátia Born, pudesse participar da cerimônia de posse antes que o prazo para o desempenho de ações públicas, dado pela justiça eleitoral, se esgotasse.

A equipe multiprofissional dos Distritos Sanitários foi incumbida da formação dos Conselhos Gestores, e também de realizar supervisão técnica nas unidades de saúde. Mas, após o momento eleitoral, a gestão mudou e a equipe foi dissolvida, prejudicando o desenvolvimento dos Conselhos.

O projeto de criação dos Conselhos foi desenvolvido pela Coordenação de Educação em Saúde, no qual constam os procedimentos utilizados, atividades desenvolvidas, mecanismos utilizados para disseminar seus objetivos. Tais procedimentos se deram em quatro etapas, são elas: "1ª - Divulgação do Projeto; 2ª - Mobilização dos Usuários e Profissionais; 3ª - Preparação dos candidatos, eleição e posse dos conselheiros; 4ª - Capacitação dos Empossados".

Essas quatro etapas marcam o processo de criação, fortalecimento e divulgação da importância dos Conselhos que, embora, tenha sido implantado às pressas, ainda assim a sociedade obtém ganhos, pois se amplia o espaço de participação social, segundo Regimento Interno do Conselho Gestor, no capítulo I da natureza e finalidade, art.2º: "O Conselho Gestor de Saúde – C.G.S [...], tem como finalidade gerenciar junto à administração, planejando e fiscalizando serviços e ações de saúde no âmbito local".

Dificuldades como sua construção de cima para baixo, ou seja, segundo Nascimento e outros (2003), em Maceió a criação do Conselho não partiu da população, mas sim de interesses políticos, conseqüentemente, houve uma resistência ao novo, o que levou a população e os profissionais a assumirem uma postura não participativa, como também a não compreensão do Conselho como um espaço democrático de discussões sobre as ações em saúde, falta de participação dos gestores nas reuniões, a falta de preparo dos conselheiros quanto seu papel no Conselho fragilizaram o processo de constituição dos CGS e levaram à desmotivação dos conselheiros.

Em 2001 foi criada a Coordenação de Controle Social e o Grupo de Referência em Controle Social para o acompanhamento mais sistemático dos trabalhos de assessoria técnica dos Conselhos Gestores, desenvolvida pelos ex-educadores em saúde e supervisores dos Distritos Sanitários, com o objetivo de fortalecer o exercício do controle social.

Conforme documentação da Coordenação de Controle Social e Nascimento e outros (2003) a maior dificuldade para a implantação dos CGS não se encontra em outros fatores a não ser na qualidade e nível da representatividade. Acreditam ser necessário que a movimentação em torno de tal implantação e legitimação se torne visível à po-

pulação, saindo do ambiente de reuniões e se articulando com a comunidade usuária para que a informação circule e não se acumule ou se detenha a poucos, e que faça dos CGS um verdadeiro instrumento democrático de controle social, como um legítimo representante da sociedade.

Entretanto, Soares (2008) alerta para uma grande responsabilização dos representantes de usuários e de profissionais de saúde pelo não-funcionamento dos Conselhos como se a sua participação efetiva pudesse fazer com que esses espaços de controle social viabilizassem alguma mudança significativa na política de saúde.

A culpabilização desses sujeitos — usuários e profissionais de saúde — é uma forma de desresponsabilizar o Estado pelo fracasso da maioria dos conselhos, uma vez que a participação efetiva desses não garante o funcionamento dos conselhos de saúde, e também porque a falta de resolutividade das deliberações é que leva à desmotivação de usuários e profissionais. Entretanto, vale sempre lembrar que a resolução das deliberações só poderá garantir uma maior participação nos colegiados, e não mudanças na política, muito menos, na sociedade. (SOARES, 2008, p. 129).

## 2.2 NO QUE SE REFERE À ASSESSORIA TÉCNICA

Todos os Conselhos Gestores de Saúde de Maceió possuem assessoria técnica permanente<sup>1</sup> ou como afirmam Bravo e Souza (2002, p. 78):

Profissional que assessora os conselhos, desenvolvendo ações de caráter técnico-político ou técnico administrativo, são funcionários dos órgãos públicos (secretarias municipais ou estaduais) que dão sustentação legal aos conselhos.

As assessoras desenvolvem seus trabalhos, seguindo orientações da Coordenação de Controle Social e, particularmente, do Grupo de Referência em Controle Social, criados em 2001.

O Grupo de Referência em Controle Social, formado por todos que prestam assessoria aos Conselhos Gestores de Saúde, tem como objetivos realizar estudos sobre a temática Serviço Social e controle social na saúde e as leis que regulamentam os Conselhos, estabelecer normatizações como o regimento interno único, elaborar diagnóstico de saúde da localidade onde trabalha, capacitar os conselheiros, discutir a situação dos Conselhos, bem como, realizar a troca de experiências entre seus participantes.

Por meio de levantamento constatou-se que 96% das assessoras técnicas são assistentes sociais e 4% são agentes comunitários de saúde que possuem apenas o ensino médio. Todas são funcionárias efetivas do quadro da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió — realidade diferente da pesquisa realizada por Bravo e Souza (2002) no Estado do Rio de Janeiro que mostra que a assessoria técnica nos Conselhos é desenvolvida por profissionais, na sua maioria, vinculados à universidade.

Verificou-se o dado da pesquisa realizada em Maceió como positivo, haja vista que, a partir dos dados fornecidos ficou evidente que, há pouca rotatividade na assessoria técnica dos Conselhos Gestores e, conseqüentemente, é garantida a continuidade e aperfeiçoamento

---

1. Denomina-se assessoria técnica permanente o trabalho desenvolvido ininterruptamente por profissional especializado ou tem buscado se especializar para essa atuação.

16 | mento do trabalho de assessoria, tanto que 30,6% das profissionais que possuem especialização a fizeram na área específica de controle social. Soares (2008, p. 8) afirma que “nesse campo tem existido uma demanda concreta e perene para o profissional de Serviço Social que passa também a ser um mediador entre serviços de saúde e população”.

Quanto ao período formativo das profissionais entrevistadas, verificou-se que 6,5% terminaram seu curso de Serviço Social em 1986; 80,0% se formaram entre os anos 1990 e 1999; 13,5% concluíram sua graduação entre 2000 e 2003. O que nos mostra que todas vivenciaram o processo de democratização da política de saúde, criação dos conselhos de saúde e fortalecimento do exercício do controle social, a realidade vivida pelo Brasil após mais de 20 anos de repressão e perda de liberdade de expressão, dentre outras. Nas palavras de Duriguetto (2004):

O golpe de 64 monopolizou nas mãos dos seus tecnocratas a discussão e o encaminhamento das questões decisivas da vida pública, impedindo coercitivamente a organização popular no campo político e no de reivindicação de direitos.

Daí, a perspectiva que se centra nos Conselhos é a possibilidade desses instrumentos de controle social serem espaços de discussão, negociação e, principalmente, de arena para os usuários exporem suas necessidades e reclamações acerca da política de saúde. Além disso, apresenta-se a possibilidade de ampliação do campo de atuação do assistente social, excedendo a característica que Netto (1992) afirma ser desse profissional, que é de executor terminal das políticas públicas.

Em relação ao trabalho desenvolvido, foi evidenciado que nenhuma profissional atua, exclusivamente, na prestação da assessoria técnica aos Conselhos Gestores, pelo contrário, além dessa assessoria realizam todas as outras atividades relativas à sua função na Unidade de Saúde, conforme a descrição das próprias assessoras (Atendimento individual, Atendimento de grupo, Sala de espera, Atividade de educação em saúde, Planejamento familiar, Plantão social, Palestras, Supervisão de estágio, Pesquisa, Coordenação de grupos, Visita domiciliar, Visita institucional, Reunião de equipe, Acompanhamento sistemático, Grupos de família, Visita hospitalar, Acolhimento), sendo, ainda que, na maioria dos casos, há apenas um assistente social por Unidade, o que provoca sobrecarga de trabalho e a precarização dos serviços prestados pela profissional.

Particularmente sobre as assistentes sociais identificou-se uma constante preocupação na sua qualificação profissional, haja vista que 66,7% possuem pós-graduação (aperfeiçoamento, especialização e mestrado). As especializações são as mais variadas, mas ainda constata-se maior incidência nas áreas de saúde pública (27,8%) e gestão e controle social das políticas públicas (30,6%).

Analizou-se esse dado como muito importante, por se considerar imprescindível a atualização do conhecimento e seu aprofundamento para dar respostas mais qualificadas às demandas que surgem no cotidiano profissional, especificamente, sobre o controle social, mas não somente a essas, e também para que o assistente social não seja subsumido na instituição, correndo o risco de cair no pragmatismo e na rotina institucional, muitas enfatizando apenas a produtividade exigida pelo Sistema Único de Saúde.

Outra questão importante abordada nas entrevistas diz respeito ao duplo vínculo empregatício, comum a 66,8% das profissionais entrevistadas, existindo, ainda, alguns casos em que o outro vínculo está em municípios do interior do estado. Essa realidade confirma o que já foi mostrado, por meio dos resultados do acompanhamento do perfil geral do mercado de trabalho do Serviço Social em Alagoas, realizado por Prêdes (2007, p. 23), e que a justifica por meio das mudanças conjunturais que:



Rebatem diretamente no mercado de trabalho, restando para as diversas categorias de trabalhadores, dentre eles a dos assistentes sociais, a precariedade do emprego e do salário, a desregulamentação das condições de trabalho e, conseqüentemente, a redução dos direitos sociais.

Em relação a esse duplo vínculo empregatício, verificou-se que apesar de necessário aos profissionais para a melhoria e/ou manutenção de seu padrão de vida, o mesmo compromete as ações realizadas na assessoria técnica, isso porque, além de não haver uma dedicação exclusiva a esse trabalho, o outro emprego sempre é em outra área (assistência social, habitação, educação, DETRAN), mesmo quando é na área da saúde, as profissionais desenvolvem atividades em hospitais, ambulatórios, maternidades, exclusivamente, na parte de assistência aos usuários.

No que se refere a aspectos mais específicos da profissão, foram realizadas perguntas relativas ao entendimento das profissionais sobre democracia, cidadania, a relação entre Projeto de Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político da Profissão, as quais foram determinantes para se elucidar as especificidades da profissão e os rumos que podem ser dado aos CGS a partir da assessoria técnica desenvolvida nesses espaços.

Então, ao serem perguntadas sobre o que significa democracia, 66,8% das assessoras técnicas responderam que é um valor universal, é o esclarecimento do cidadão quanto aos seus direitos e deveres ou quando se consegue ter a garantia de direitos, 20,0% relacionaram a democracia à liberdade de expressão/socialização e distribuição dos bens e serviços públicos, 13,4% ainda afirmaram que democracia, além do exercício da cidadania de forma igualitária, é a participação efetiva dos usuários em canais de controle social.

Em relação ao significado de cidadania 73,2% disseram que a democracia está diretamente relacionada à cidadania, sendo um patamar de conquista e acesso efetivo aos direitos, ainda que sob os limites de uma sociedade burguesa, 13,4% afirmaram que é uma das etapas em que o sujeito vai passar para chegar em um estágio de evolução maior para a construção de uma nova perspectiva de direitos de forma clara e ampla e para 13,4% das assessoras cidadania é cada ação individual na busca dos direitos, viabilizando a democracia.

O interessante desses últimos 13,4% é que sua resposta evidencia uma concepção de cidadania altamente atrelada às determinações da sociedade capitalista, que defende que cada um tem que ser responsável por si mesmo, inclusive com isso, desresponsabilizando o Estado de suas obrigações com os cidadãos. A resposta mostra, claramente, como todos são contagiados com o espírito capitalista, mesmo os profissionais que têm sua formação exclusivamente pautada em uma teoria marxista. A resposta, ainda nesse aspecto, contraria o que explicita o Código de Ética Profissional em seus Princípios Fundamentais, "ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras". Entretanto, a maioria das respostas nos aponta um direcionamento para além da sociedade capitalista como pode ser visto.

Perguntadas sobre o que representou o Projeto de Reforma Sanitária para a política de saúde 60% das assessoras responderam que o Projeto foi o coroamento de um conjunto de lutas e forças que culminou com a criação do SUS, democrático e cidadão, com a resposta de todos às lutas travadas, ampliando o acesso e a visão que, antes, era, exclusivamente, curativa; para 26,7% das profissionais o Projeto de Reforma Sanitária foi muito importante para a construção da política pública de saúde que existe hoje, entretanto, ainda necessita ser implementada conforme o que foi preceituado, sendo necessário repensar novas estratégias para a garantia da efetivação do Projeto e, 13,3% não responderam.

Nesse aspecto ainda foram questionadas sobre a relação existente entre o Projeto Ético-Político da Profissão com o Projeto de Reforma Sanitária, tendo sido a resposta de

18 | 93,4% a busca pela garantia dos direitos universalizados no período da redemocratização em prol da classe trabalhadora e, 6,6% não responderam a essa questão.

A partir desse momento, incluiu-se no formulário de entrevistas perguntas concernentes à atuação profissional na assessoria técnica dos Conselhos Gestores de Saúde de Maceió e outras relativas aos próprios conselhos.

Iniciou-se perguntando sobre a relação entre o Projeto Ético-Político da Profissão e a atuação desenvolvida nos Conselhos Gestores, obtendo de 20% das entrevistadas como resposta que a relação se dá na busca da garantia dos direitos da classe trabalhadora e para 80% que há uma intencionalidade orientada pelo Projeto que possibilita a socialização de informações para os conselheiros sobre seus direitos, sobre a política de saúde, mas, além disso, estimula a participação social por entender que os Conselhos são um espaço de democratização da política e de luta para a conquista de tais direitos.

Com tais questionamentos, conseguiu-se apreender que as assessoras técnicas defendem uma política pública, gratuita e de qualidade, conforme preceitua o Projeto de Reforma Sanitária e, desse modo, defendem, também, o Projeto Ético-Político da Profissão ao incentivar a participação social na luta dos direitos da classe trabalhadora, nesse caso específico, por meio dos Conselhos de Saúde, enfatizando o que afirma Matos (2000), citado por Bravo e Souza (2002, p. 84):

Uma atuação em Serviço Social na saúde que queira ter como norte os princípios da justiça social, da democracia e da igualdade tem, necessariamente, de estar fundamentada nos princípios do Projeto Ético-Político Profissional e do Projeto de Reforma Sanitária.

No que se refere à importância do Conselho Gestor para a unidade de saúde, sendo demonstrada a partir da visão que essa tem daquele, evidenciou-se, por meio das respostas dadas que para 14% a importância dada pela unidade de saúde depende da conjuntura, do momento político, afetando nitidamente no desempenho do Conselho; 7% afirmaram que a unidade de saúde considera o Conselho importante, porém não é dada a devida atenção, principalmente, no que diz respeito ao respaldo de sua atuação e à infraestrutura; para outros 7% o Conselho seria importante se os usuários fossem capacitados, fortalecendo seu poder coletivo de decisões; e, para 72% das assessoras técnicas o Conselho é importante e/ou fundamental por haver uma participação entre população, trabalhadores da saúde e direção das unidades de saúde para discutir os problemas das unidades e apontar as possíveis soluções, no qual os usuários podem exercer seus direitos, sem o Conselho muitas das conquistas que hoje se tem, não teriam ocorrido.

Sobre a importância que a secretaria municipal de saúde de Maceió dá aos Conselhos Gestores, 40% falaram que essa apenas cumpriu a exigência da lei, mas, na verdade, não está preocupada com o funcionamento dos Conselhos; para 6,7% há a exigência de criar os Conselhos para o repasse dos recursos, mas, além disso, a secretaria toma conhecimento de algumas demandas dos usuários por meio desses órgãos; para outros 6,7% a importância existe pela tentativa de diminuir as tensões da comunidade por meio dos Conselhos; para 33,4% das profissionais a secretaria considera os Conselhos Gestores importantes porque esses contribuem para a descentralização do poder, fortalece o controle social dos recursos e a priorização de ações frente às demandas impostas à política pública de saúde, afora essas questões essas demandas podem chegar à secretaria, o que faria o Conselho se constituir em um elo entre população e gestores; e, para 13,3% a importância que a secretaria de saúde dá aos Conselhos é muito primária, deixando a cargo da Coordenação de Controle Social o apoio necessário ao funcionamento dos mesmos.

Questionadas sobre as conquistas do Conselho Gestor, desde sua origem, as técnicas afirmaram que há poucas ou até nenhuma mudança estrutural, entretanto, elencaram a



mudança na visão do trabalhador de saúde sobre a importância do espaço, uma maior participação política, a ampliação do número de profissionais na unidade de saúde, o aumento e a melhoria do atendimento médico, o aumento do número de requisições na unidade de saúde, a ampliação da estrutura física da unidade, como conquistas.

Duas perguntas realizadas impactam claramente no desempenho dos Conselhos, que são as facilidades e as dificuldades encontradas para/na atuação do profissional de Serviço Social na assessoria técnica. Isso porque essas são determinantes para que a assessora técnica desenvolva suas ações com desenvoltura. No que concerne a facilidades, 26,7% afirmaram que não há facilidades para/na sua atuação, mas, para 73,3%, há.

Quanto às dificuldades, 6,7% das que responderam essa questão relataram não haver dificuldade para/na sua atuação na assessoria técnica do Conselho Gestor, apesar disso, 93,3% informaram serem muitas e sérias, inclusive, apontando como dificuldade a falta ou carência de algumas facilidades.

### 3 CONCLUSÃO

Bravo e Souza (2002) ressaltam duas tendências centrais acerca dos Conselhos de Saúde como mecanismos de controle social e que acabam refletindo no assistente social. A primeira tendência diz respeito na consideração dos Conselhos como um canal de comunicação com a sociedade, constituindo-se em “receptor de demandas e interferindo nas decisões governamentais, negociando com o poder público sobre suas deliberações”; e a segunda:

Considera que a conjuntura atual conforma o maior obstáculo para o avanço da reforma democrática do Estado na saúde, consubstanciada na proposta do SUS, tensionando ainda mais o espaço dos conselhos (...). Porém, uma dada polêmica é percebida ao fundo desse debate, que faz com que uma direção entenda os conselhos como espaço de cooptação e, por isso, defenda o esvaziamento desses espaços; e outra, que consciente das adversidades postas pela realidade, enfrenta o desafio da transformação desses espaços, enfatizando seu potencial democratizante. (BRAVO; SOUZA, 2002, p. 86).

É esta segunda tendência que pode ser evidenciada nas respostas dadas pelas assessoras técnicas dos Conselhos Gestores de Saúde de Maceió, e, mais particularmente, a segunda direção que insiste no enfrentamento dos desafios da transformação desses espaços.

Em sua pesquisa, Bravo e Souza (2002) afirmam existir uma reduzida, contudo, potencial inserção dos assistentes sociais nos Conselhos, porém, o que pudemos verificar em Maceió é que há um predomínio da atuação do Serviço Social nos Conselhos Gestores de Saúde, inclusive, no campo da assessoria técnica.

Compreende-se, por meio desta pesquisa, que os Conselhos de Saúde exigem uma maior atenção das assistentes sociais, o que será dada por meio da assessoria técnica, conformando mais uma demanda para tais profissionais. Para o atendimento dessa demanda faz-se necessário qualificar os conselheiros para o desempenho de sua função, como defendem Bravo e Souza (2002).

Os profissionais que desenvolvem ações de assessoria junto aos Conselhos Gestores são, na sua maioria, funcionárias efetivas da própria secretaria municipal de saúde de Maceió, o que considera-se de grande importância, haja vista que tal realidade diminui os riscos de rotatividade e de descontinuidade do trabalho desenvolvido. Entretanto, tais profissionais desenvolvem outras ações na unidade de saúde, além da assessoria técnica, o que pode comprometer essa atuação. Contudo, Matos (2006, p. 51) afirma que:

Mesmo com toda sobrecarga que existe no cotidiano, pensamos que a assessoria pode ser uma ação privilegiada, pois, ao trazer à tona a organização política dos usuários, trás(sic) também a possibilidade de uma auto-identificação destes enquanto classe, já que esta será uma atividade grupal, de articulação e reivindicação entre os usuários de questões que possuem em comum, sem contar que assessoria pode vir a possibilitar uma melhor otimização do trabalho do Serviço Social.

Conclui-se, a partir do resultado da pesquisa, que as assessoras técnicas dos Conselhos Gestores de Saúde de Maceió desenvolvem ações de socialização das informações, fortalecimento dos laços coletivos, orientação, além, propriamente, de assessoria, sempre voltadas para a ampliação da democratização do acesso à política de saúde, por meio do fortalecimento da participação dos usuários, profissionais e diretores de unidades de saúde.

Verifica-se a importância da execução desta pesquisa para as assessoras técnicas (para a análise de “um olhar de fora para dentro” da sua atuação profissional propiciando uma avaliação mais sistematizada que no cotidiano profissional é difícil realizar devido à sobrecarga de atividades que vêm sofrendo) e para os próprios conselheiros gestores (cujos resultados fornecerão todas as informações, principalmente, no que diz respeito às concepções que norteiam essa assessoria, podendo, inclusive, esses deliberarem sobre que tipo de assessoria quer para o seu exercício do controle social, haja vista que o assessor propõe caminhos e estratégias, cabendo aos assessorados acatar ou não as suas proposições, conforme esclarece Matos (2006).

## REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Projeto de Implementação e Capacitação dos Conselhos Gestores**, 2000.

ALAGOAS. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. Conselhos Gestores de Saúde – Participação e Controle Social: Democracia e Saúde. **Relatório de Posse dos Conselhos Gestores das Unidades de Saúde**, 2000.

ALAGOAS. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **I Seminário Municipal de Participação e Controle Social** “A Secretaria Municipal de Saúde Incentivando a Participação Social”, 2000.

ALAGOAS. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. Relatório da I Oficina de Participação e Controle Social. **Democracia e Saúde**, 2000.

BRASIL. Senado Federal. Lei nº 8.080, 1990.

BRASIL. Senado Federal. Lei nº 8.142, 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333/03.

BRAVO, M. I. S.; SOUZA, R. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. **SER SOCIAL**: revista do programa de Pós-Graduação em Política Social/Universidade de Brasília, n.10, Janeiro-Junho de 2002, p. 57-92.

DURIGUETTO, M. L. et. al. **O Trabalho Profissional do Assistente Social nos Conselhos de Direitos em Juiz de Fora**. Relatório de Projeto de Pesquisa. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2002-2004.

NASCIMENTO, C. R.; BRANDÃO, K. K. C. de A.; LIMA, R. R. **A representatividade pela via comunicacional nos Conselhos Locais de Saúde do Município de Maceió – AL**. Monografia (Especialização em Gestão e Controle Social de Políticas Públicas), Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2003. 77p.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

SOARES, J. da S. **Conselhos de Saúde em Alagoas**: uma análise teórica e conjuntural. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (Dissertação de Mestrado). 2008.

---

**Data do recebimento:** 23 de agosto de 2013

**Data da avaliação:** 27 de agosto de 2013

**Data de aceite:** 12 de setembro de 2013

---

1. Assistente Social, especialista em Gestão e Controle Social das Políticas Públicas e mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas. Professora do Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade Integrada Tiradentes e orientadora do Projeto “Perfil dos Assessores Técnicos dos Conselhos Gestores de Saúde de Maceió”.
2. Ex-aluno do Curso de Graduação em Serviço Social pela Faculdade Integrada Tiradentes.
3. Assistente Social graduada pela Faculdade Integrada Tiradentes.